

явилось выраженное несоответствие ритма выброса этого гормона по всем фазам гармоник, вплоть до инверсии максимумов и минимумов по сравнению аналогичными показателями здоровых лиц.

Литература:

1. Адамян, Л.В. Роль современной гормонмодулирующей терапии в комплексном лечении генитального эндометриоза / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева // Проблемы репродукции. – 2011. – № 6. – С. 66–67.
2. Баскаков, В.П. Эндометриодная болезнь / В.П. Баскаков. – СПб. : Н-Л, 2002. – 460 с.
3. Ковальзон, В.М. Цикл бодрствования – сон и биоритмы человека при различных режимах чередования светлого и темного периода суток / В.М. Ковальзон, В.Б. Дорохов // Здоровье и образование в XXI в. – 2003. – Т. 15, № 1-4. – С. 151–162.
4. Кузнецова, И.В. Эндометриоз: патофизиология и выбор лечебной тактики/ И.В. Кузнецова // Гинекология. – 2008. – № 5. – С. 74–79.
5. Левин, Я.И. современная сомнология и ин-сомния / Я.И. Левин // Современная терапия психических расстройств. – 2007. – № 2. – С. 34–41.
6. Zhang, W.X. Regulation of reproduction by the circadian rhythms / W.X. Zhang, S.Y. Chen, C. Liu // Acta Physiol. Sinica. – 2016. – Vol. 68, № 6. – P. 799–808.

УДК 618.177-089.888.4

ВОЗМОЖНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ «ТОНКОГО» ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С НЕРЕАЛИЗОВАННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ

Дивакова Т.С., Цурина-Шарякова Ю.А., Пулярова А.А.
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Эффективность программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) достаточно высока, однако у пар с повторными неудачными попытками программ ВРТ вероятность наступления беременности прогрессивно снижается с каждой последующей попыткой. Для достижения желанной беременности необходим хороший рецептивный эндометрий [1]. Проблема «тонкого» эндометрия получила широкое социальное значение, так как при этом заболевании снижается репродуктивная функция, являясь причиной бесплодия, неудачных попыток экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), невынашивания беременности, осложненного течения беременности и родов.

Для диагностики «тонкого» эндометрия в настоящее время используются такие методы как сбор анамнеза, учет жалоб пациенток, ультразвуковая диагностика, гинекологический осмотр, иммунологическое и бактериологическое исследование, гистероскопия.

Одним из методов восстановления репродуктивной функции и активизации функции эндометрия является гистерорезектоскопический скретчинг, патогенетический эффект которого еще до конца не изучен. На 6-8 день стимулируемого цикла определяется толщина эндометрия, если его толщина менее 5 мм, то выполняют линейные насечки эндометрия при гистероскопии, обеспечивая сохранение его базального слоя, протяженностью от внутреннего зева до границы между телом и дном матки преимущественно по задней стенке. Насечки располагаются циркулярно по стенкам полости матки на расстоянии 4-8 мм друг от друга. Выполняется также линейная насечка эндометрия между устьями маточных труб, обеспечивая сохранение его базального слоя. По данным ряда авторов [2, 3, 4] способ позволяет улучшить исход экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) у женщин с критическим отставанием развития эндометрия за счет нормализации децидуальной формации и повышения рецептивности эндометрия путем максимальной реализации позитивных преимплантационных эффектов тканевых медиаторов и цитокинов при контролируемой хирургической травме, предшествующей

переносу эмбрионов. Другим методом восстановления «тонкого» эндометрия в репродуктивном возрасте при бесплодии является гормонотерапия. Для этого используются комбинированные оральные контрацептивы, нормализующие уровень гормонов, курс лечения эстрадиолом и прогестероном. Однако каждый из методов лечения «тонкого» эндометрия требует уточнения патогенетически обоснованных концепций механизмов действия и учета эффективности инвазивного и неинвазивного воздействий.

Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка эффективности гистерорезектоскопического скретчинга и гормонотерапии в восстановлении толщины эндометрия у женщин с бесплодием и «тонким» эндометрием.

Материал и методы исследования. Всего обследовано 30 женщин репродуктивного возраста с бесплодием и «тонким» эндометрием. Из них в ¼ случаев пациентки имели в анамнезе неудачную попытку ЭКО. В I группу вошли 15 (100%) пациенток, которым был произведен гистерорезектоскопический скретчинг, II группу составили 15 (100%) пациенток, которым была назначена гормональная терапия эстрадиолом и прогестероном. Группы сравнения были сопоставимы по возрасту (26-33 года в I и 26-32 года во II группе). Критериями включения в исследование были: репродуктивный возраст, наличие «тонкого» эндометрия, информированное согласие пациентки на гистерорезектоскопию. Критериями исключения были: беременность, острые или хронические заболевания в стадии обострения, гормональная терапия, неопластические процессы. Перед включением в программу исследования все женщины были обследованы. Всем пациенткам было произведено ультразвуковое исследование (УЗИ) на 6-8 и 21-23 дни менструального цикла и определена толщина эндометрия. В двух исследуемых группах толщина М-эхо не превышала более 6 мм и составила 4,7 мм в I группе и 5,0 мм во II группе. У пациенток обеих групп был нерегулярный менструальный цикл, длительностью 36,5 (28,0-45,0) дней в I группе и 34,8 дней (27,0-44,0) во II группе. Длительность менструации составила 3,0 (2,0-4,0) и 3,6 (3,0-5,0) дня соответственно.

В I группе пациентов был произведен гистерорезектоскопический скретчинг на 7 ± 1 день менструального цикла под общим обезболиванием в гинекологическом отделении УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» в режиме хирургии одного дня. Во II группе пациентов была назначена гормональная терапия (трансдермальный 17 β -эстрадиол в режиме дозирования 1-2 мг/сут с 1-го по 28-й день в комбинации с микронизированным прогестероном по 200-400 мг ежедневно с 16-го по 25-й день менструального цикла) в течение 3 месяцев.

Эффективность лечения у пациенток оценивали в течение 3-12 месяцев по факту наступления зачатия, исхода беременности, регулярности менструального цикла, толщине эндометрия по данным УЗИ в обе фазы менструального цикла.

Результаты исследования. В результате проведенного лечения длительность менструального цикла через 3 месяца в I группе составила 36,5 дней и во II группе 29,4 дня. Продолжительность менструации отмечена 4,9 дня и 5,3 дня по группам соответственно. По данным УЗИ толщина М-эхо на 6-8 день цикла в I группе составила 4,5 мм и во II группе 6,9 мм, на 21-23 день менструального цикла 12,2 мм и 14,7 мм соответственно.

Беременность наступила у 4 (26,7%) женщин из I группы и 2 (13,3%) из II группы. Причем в I группе самостоятельная беременность наступила в 1 случае, при применении ЭКО в 3 случаях. Во II группе беременность наступила у 1 женщины в естественном цикле, у 1 в результате проведения ЭКО. В настоящий момент беременность закончилась благополучно рождением живого новорожденного у 2 пациенток из I группы и 1 пациентки из II группы, беременность пролонгирует у 1 пациентки из I группы, самопроизвольное прерывание беременности в ранних сроках отмечено по 1 пациентке из каждой группы.

Согласно проведенному исследованию А. Barasb с соавторами (2015 г.) была вынесена теория воспаления, при которой локальная травма эндометрия приводит к развитию местной воспалительной реакции, что, в свою очередь, может способствовать установлению взаимодействия между бластоцистой и эндометрием. Воспалительный процесс индуцирует выработку провоспалительных цитокинов и последующую рекрутировку макрофагов и других иммунных клеток, которые участвуют в процессе имплантации. По-видимому, гистерорезектоскопический скретчинг в значимой степени активизирует пролиферативно-секреторные процессы и взаимодействие между бластоцистой и эндометрием в сравнении с гормонотерапией, которая не достигает максимальной эффективности ввиду низкой рецептивности эндометрия и невозможности достаточного связывания аналогов эстрадиола и прогестерона на рецепторы к половым стероидам.

Выводы.

1. Пациенткам с «тонким» эндометрием и бесплодием, а также при неудачных попытках ЭКО возможно использовать метод гистерорезектоскопического скретчинга для активизации пролиферативно-секреторного потенциала и локальных иммунных процессов слизистой матки.

2. Гормонотерапия аналогами половых стероидных гормонов является менее (в 2 раза) эффективным методом ведения пациенток с бесплодием и «тонким» эндометрием, что основано на изменении рецептивности и восприимчивости к нидации бластоцисты слизистой матки.

Литература:

1. Mahajan, N. Endometrial receptivity array: clinical application / N. Mahajan // J. Hum. Reprod. Sci. – 2015. – Vol. 8, N 3. – P. 121–9.
2. Рецептивность эндометрия у женщин с нарушениями репродуктивной функции / С.С. Аганезов [и др.] // Журн. акуш. и жен. бол. – 2017. – № 16. – С. 135–142.
3. Корсак, В.С. Регистр центров ВРТ в России. / В.С. Корсак, А.А. Смирнова, О.В. Шурыгина // Отчет за 2014 год. Проблемы репродукции. – 2016. – №-22(5). – С. 10–21.
4. Local injury to the endometrium doubles the incidence of successful pregnancies in patient undergoing in vitro fertilization / A. Barasb [et al.] // Fertil&Steril. – 2015. – Vol. 79, N 6. – P. 1317–22.

УДК 618.2-083/618.39-079

ОЦЕНКА РАЦИОНА ПИТАНИЯ, ПИЩЕВЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ И ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА РАННИХ СРОКАХ

Дроздова М.С.¹, Савенок Ю.Н.¹, Дроздова М.Ю.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

Поликлиническое отделение поликлиники №5 ГУЗ «ВГЦП»², г. Витебск

Введение. Проблема спонтанного прерывания беременности является актуальной проблемой современного акушерства. Несмотря на достигнутые успехи в профилактике и лечении угрожающих самопроизвольных выкидышей, частота их в популяции колеблется от 10% до 20-25% от всех беременных [1]. Доказано, что риск невынашивания беременности выше у женщин после искусственных абортов (особенно у первобеременных); у женщин с хромосомными аномалиями; с патологией матки; с эндокринной патологией; с инфекционными и соматическими заболеваниями [2]. Все большее значение приобретает влияние на вынашивание беременности социальных факторов [2]. Недостаточно изучено влияние особенностей питания беременных женщин и их трофологического статуса на риск прерывания беременности в ранние сроки [3].